

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 27 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和元年 9 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（特別養護老人ホーム いこいの村梅の木寮）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由
(※

JR 綾部駅から車で 20 分ほど静かな山間部を通り過ぎると十倉地区に入り、右手にグループホーム「いこいの村 とくらの家」と「綾部東部デイサービスセンター」の建物を眺めながら山道を登って行くと「耳」をモチーフにした門柱が左右に建っています。片方の門柱には「補聴器」がかたどられて、訪れる人々を優しく迎え入れているようです。

ここが、全国初の「いこいの村聴覚言語障害者センター」として、平成 4 年に社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会によってこの地に開設されました。

『特別養護老人ホーム いこいの村梅の木寮』は、障害者福祉事業・高齢者福祉事業として、グループホーム・デイサービス・在宅介護支援センターなど併設して、総合福祉施設の柱となっています。聴覚言語障害を持つ高齢者と地域の高齢者とが互いに理解しあい、穏やかに落ち着ける「自分の居場所」を提供されています。

(1) 利用者本位のサービスの提供

法人の理念に基づき、今年度の梅の木寮の基本方針を 5 項目表明しています。「① 一人ひとりが尊重され、笑顔あふれる暮らしを築く ② 情報が保障され、生活者が自分で意思決定できる環境を整える ③ 心ある対話を大切にする」と最初に挙げています。

毎年、年度で話し合い一文字の語を決めています。今年度は『和』になりました。過去の一文字と共に『和』の文字が中央に輝いているパンフレットを作っています。入居者の毛筆による署名入りの作品です。

何度末の事業報告と共に、梅の木寮総括として「キラッと光るケース」の小冊子が作成されています。各棟で「キラッと光り輝いて過ごされた入居者」を似顔絵や写真入りで紹介されています。

職員は「なんでもノート」を活用して、お互いに「気づき」を記録し合っ

て共有し、一人ひとりの入居者の思いを大切にしています。

(2) 家族と地域との交流・貢献

基本方針の「④ に、ご家族、地域の方々、関係者とのつながりを大切に
する」と挙げています。

家族会で情報や意見交換の機会を設けると共に入居者一人ひとりの暮らし
ぶりを定期的に「お便り」で提供しています。広報誌は地区住民にも配布
して事業所の活動状況を発信しています。

家族の希望により「連絡ノート」を居室に配して、家族などと職員の意思
疎通を図っています。

地域では、夏の一大イベントである「夏祭り」があります。法人本部から
関係者が多数来所して、入居者・地域住民と共に「ひと夏の楽しみ」を共有
しています。職員主体ではなく入居者がそれぞれ役割を持って職員と協働で
楽しんでいます。

事業所を「福祉避難所」として有事には

地域住民に開放しています。台風で「避難勧告」が出された時には、ふも
とのグループホームの入居者をいち早く受け入れています。

地元消防団とも連携し合同で訓練を実施して「炊き出し」の経験もしてい
ます。地域と事業所とが互いに助け合う関係が確立できている事は、双方に
とって有意義な事と思われれます。

(3) 働きやすい職場環境

基本方針の「⑤ 職員がいきいきと働き、誇れる職場をめざす」としてい
ます。

充実した研修制度の確立、資格取得の奨励・支援、ストレスなど精神面で
のサポート体制、福利厚生の充実など働きやすい職場環境が確立されていま
す。働きやすい職場から離職率の低下につながり、質の高いサービス提供に
つながっています。職員の優しい笑顔が入居者の笑顔になり、家族などへの
笑顔になり、笑顔あふれる事業所となるのでしょうか。

5項目の基本方針が実践されている事業所の姿を見る事ができました。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>特に改善事項ではありませんがマニュアル類の見直しについて定められており実践されていますが、一部改正されたマニュアルに見直した期日の記載もれがありました。見直しを終了された時点で記載もれがないかを再確認されることを望みます。</p>
	<p>※ 玄関に入居者の手作りの作品が並んでいました。可愛いいろいろな作品から事業所の温かさを感じました。来訪者も「つい買いたい!!」という気持ちになってしまうでしょう。</p> <p>職員さんの手話の手並みに感動しました。</p> <p>ますますのご活躍を期待しております。ありがとうございました。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2671800023
事業所名	特別養護老人ホーム いこいの村・梅の木寮
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和2年 1月 30日
評価機関名	京都ボランティア協会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		1. 組織の「思い」である理念や運営方針は、ホームページやパンフレットで表明し、経営責任者・運営管理者・全職員が共有し日々の介護サービスに努めている。特に、各年度で基本方針の要となる一文字を職員全体会議で決定して実践につなげている。今年度は「和」として、職員・入居者で大切にしている。パンフレットには、入居者の毛筆による「和」が真ん中に輝いている。 2. 組織図や事務分掌規則などで、職位・職責が明確に示されている。定期的に役職毎の会議や職員を含む各委員会を開催しており、双方向で情報・意見交換を行っている。情報を共有することで、組織としての透明性を確保している。			
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A	
	業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 4. 法人として、2012から2022年を期間として中長期の事業計画『新レインボープラン京都』を策定している。その上で、単年度の事業計画を多角的な視点で課題を挙げている。さらに、各棟や部門別に具体的な課題を取り上げ達成に向けて取り組んでいる。実践状況は、半期中間総括を行い、年度末に総括を行って次年度の事業計画に反映させている。			
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A	
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	B	A	
	管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A	

	(評価機関コメント)	<p>5. 遵守すべき法令などは、行政や京都府社会福祉協議会など関連機関からの情報を得ている。ワムネットなどからも適宜情報を収集している。法人の管理職研修で研修を行い、全職員には職員会議などで周知を図っている。</p> <p>6. 組織図や業務分掌などで、経営責任者・運営管理者の職位・職責を明確に表明している。定期的に職員との面談の機会を持つとともに、日常的にも職員との会話を大切に、職員の「声」を聞きながら業務の遂行を円滑なものにしている。</p> <p>7. 管理者は、常に日常業務などを把握しており、必要に応じて具体的なアドバイスを行っている。事故など有事の場合にも、速やかに連絡・報告を受け適切な指示を出している。不在の場合も携帯電話を活用している。職員間もグループラインを連絡網の手段にしている。</p>
--	------------	--

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	B	A
継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 人事体制は、法人で一括管理・整備している。資格取得を奨励し、受講料などの利便を図っている。充実した内部・外部研修の実践で、質の高い介護サービスの提供に取り組むと共に離職率の低下を図っている。</p> <p>9. 年間研修計画に基づき、新採用者研修・中堅職員研修・管理者研修など実施している。各部門や棟別でもミニ研修を行い、充実した研修になっている。日々の業務の中で職員同士で「気づき」を話し合ったり、職員が研修の講師になって自らの学びを発表する機会も設けている。</p> <p>10. 実習受け入れに関して、マニュアルを作成している。担当には、指導者研修受講者を配置している。法人で一括して申し込みを受け付け、それぞれの事業所に振り分けて受け入れを行っている。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 出退勤の管理は、ICカードで行っており有給休暇の取得や残業時間などを把握して、適切な労働時間を確保している。育児休業・介護休業などは法令に従って実践している。安全衛生委員会・部長会議などで労働環境を確認している。介護負担軽減としては、職員からの意見を聞き取りながら、低床ベッドなど適切な福祉用具を選定して活用している。</p> <p>12. 定期的にストレスチェックを実施している。産業医を配置して必要に応じてカウンセリングを受ける仕組みを確保している。法人内にも、職員が自由にいつでも相談できる体制を持っている。福利厚生として、互助会への入会や歓送迎会での職員との交流・職員旅行など企画している。特に職員旅行は、5パターンを企画し全職員が楽しく参加できるような配慮もしている。休憩室も完備して働きやすい職場環境に努めている。</p>		

(3) 地域との交流

地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>13. 事業所の思いや介護サービス内容・行事など、ホームページや広報誌（いこいの村新聞・梅の木便り・京都聴言ニュースなど）で多岐に渡って地域に発信している。地域の行事や事業所の行事には、双方向で参加して入居者と地域住民との交流の機会を設け地域との関りを大切にしている。広報誌は地域住民に配布し、事業所の活動を共有している。</p> <p>14. 「利用者家族の集い」を開催したり、在宅サービス向上委員会が中心となって、地域の状況を把握し、介護サービス利用に関する相談などを行っている。介護認定審査会に委員を派遣している。</p>
--	------------	---

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
	事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A	
	(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレットなどで分かりやすく情報提供している。事業所内の設備や入居者の活動状況など写真を活用して、楽しく理解できるように工夫したも の になっている。広報誌なども、情報提供の大切な手段としている。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 契約時に、契約書・重要事項説明書を用いて介護サービスの内容や料金などを丁寧に説明している。理解を得られた上で同意の署名・捺印をもらっている。必要に応じて、成年後見人制度の説明を行って支援している。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A	
	利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A	
	専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A	
	個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		17. 18. 19. 20. 初回面談で、本人・家族などから生活歴や心身状況・趣味・今後の生活の希望などを詳しく聞き取って、所定のアセスメントシートを活用してアセスメントを行っている。別に、課題整理総括表を用いて「その人の思い」を集約している。居宅介護支援の担当介護支援専門員や医療機関などからも情報を得て、アセスメントに追記しより詳しいものになっている。アセスメントに基づいた個別援助計画などの策定や介護サービス提供内容に関する決定には、本人や家族などの希望を聞き取って計画に反映させている。計画書の本人・家族の希望欄に記載して明確に示している。また、個別援助計画策定に当たっては、主治医・生活相談員・介護職・看護職・理学療法士・管理栄養士など関係専門職の意見を反映させている。定期的 にあるいは 心身の状況に変化があれば随時、計画の見直しを行い実情に即した個別援助計画を策定している。			
	多職種協働	21	利用者のかかって医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(評価機関コメント)		21. 日常的には、嘱託医が健康管理を担っている。入院時には日常生活の情報などを入院先の医療機関に提供している。退院時には、病院でのカンファレンスに参加して帰所後の円滑な支援につなげている。在宅生活へ復帰される場合には、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター・市町村との連携を図っている。			
(5) サービスの提供						
	業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A	

サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22. 業務マニュアルなどは、読みやすい文言で記載されている。大切な箇所は切り抜いて職員に配布し確実性を図っている。また、マニュアルを基に勉強会も行っている。マニュアルは定期的に確実に見直しが行われているが、改正の必要のない一部のマニュアルに見直した期日の記載が漏れていたため、今後再確認を望みたい。事故防止や安全対策として、事故分析を行い改善策を講じてマニュアルの見直しを行っている。</p> <p>23. 入居者の日々の生活状況や介護サービス提供状況は、個別に生活記録表やケース記録などに記載している。手書きとパソコン（介護業務支援ソフト ほのぼの）に入力している。情報の管理体制は、文章保存規程に明確化し実践している。</p> <p>24. 朝夕の申し送りやなんでもノート（職員が気づきを自由にメモする）・パソコンによる情報などから、全職員が各入居者の情報を共有している。また、サービス担当者会議や棟会議のカンファレンスも情報の共有につなげている。</p> <p>25. 毎月定期的に、入居者の状況を「梅の木便り」に託して家族などに送付している。来所時やサービス担当者会議・家族会なども情報・意見交換の場としている。希望により居室に「家族との連絡ノート」を配置して家族などとの意思確認を行っている。</p>		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26. 感染症対策委員会を設け定期的に会議を開き、感染症の対策や予防について検討している。感染症に関するマニュアルも作成されている。新しい情報は、ワムネットから取得したり関係行政からの通達を受けてマニュアルの見直しを行っている。職員対象の内部・外部研修により全職員に周知させている。有事の場合には、二次感染防止策として、個室隔離や食器を使い捨て食器に変更したりしている。</p> <p>27. 事業所内は、全体に整理・整頓されて清潔感がある。外部清掃業者には、廊下やトイレなどを委託している。居室は、職員が担当し点検表をつけて漏れのないように配慮している。空気清浄器や芳香剤を活用して、不快な臭いを感じないように工夫している。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>28. 事故や緊急時における対応などのマニュアルは作成されている。緊急連絡網（グループライン）も整備できており、研修や訓練も定期的実施されている。有事の責任者・指揮命令系統も明確になっており、速やかな対応が確保できている。職員対象に救急救命講習を受講する機会も設けている。</p> <p>29. 事故発生に関わる報告書や記録（ひやっとカード）が作成されている。骨折などの大きな事故の場合には、関係行政に書面で報告している。定期的に介護事故防止委員会を開催し、事故原因など分析・検討し改善策を講じて事故防止につなげている。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルは作成できている。定期的に消防計画書に基づき、避難訓練を行っている。地区の消防団との合同訓練も実施しており、炊き出しなども経験している。地域住民の福祉避難所になっており、台風による「避難命令発令時」には受け入れの実績を持っている。ふもとに系列のグループホーム（1ユニット）があり1泊されている。必要な備品の備蓄も確保されている。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
プライバシー等の保護	32	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
(評価機関コメント)		31. 32. 法人理念や基本方針には、利用者の平等や人格を尊ぶ等の利用者本位の内容が明確にされており「一人ひとりの思い」を尊重した支援を日々行っている。特に、聴覚障害の入居者には、手話でお互いの意思が通じ合えるように、「不快な思い」を抱かせないように配慮している。「入居者が主人公」の意識を持ち、学習会などでも事例検討を行い、常にプライバシーや羞恥心について熟慮した行動がとれるように努めている。 33. 定期的に長期入所検討委員会を開催し、公正・公平な対応を行っている。ただし、痰の吸引など夜間帯にも医療処置が必要な場合は、看護職不在の夜間対応が困難であることを説明している。胃ろうの場合には上限範囲内であれば受け入れている。		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A
(評価機関コメント)		34. 35. 日常的に職員は、入居者との会話の中から意見をくみとるように努めており、聞き取った苦情などは「いこいの村を良くする意見書」にまとめている。職員間で話し合い速やかに改善できる事案には当事者に返答している。家族などからは来所時の会話や居室に置いている「連絡ノート」を介して意見や苦情を受けている。また、家族会やサービス担当者会議においても、意見や苦情を聞く機会にしている。ケース担当職員を設け改善に向けての対応に努めている。 36. 公的機関などの相談や苦情を受け付けの窓口を重要事項説明書に記載している。契約時に説明し入居者・家族などの理解を得ている。苦情対応マニュアルは作成されている。市の委嘱を受けた介護相談員の来所があり、入居者と事業所の仲立ちを担っている。事業所の相談・苦情受付窓口担当者・解決責任者ととも第三者委員を館内に貼りだして来訪者にも周知させている。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	B	A
質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	A	A
(評価機関コメント)		37. 38. 利用者の満足度調査は、対象を短期入所生活介護の利用者にして実施している。在宅サービス向上委員会が中心となって行っている。長期入居者対象の調査は行っていないが、日常的に会話の中から聞き取って改善につなげている。嗜好調査は定期的に行って、食事の献立などに反映させている。定期的に、部内運営会議でサービスの質の向上に関わる検討を行っている。検討内容は、棟会議やリーダー会議に伝達し全職員の共有化を図っている。 39. 介護サービスの提供に関する評価を、各担当部門で立案した運営方針を半期で中間総括を行い、年度末に総括している。評価結果に基づき課題を明確にし次年度の運営方針に反映させている。3年毎に第三者評価を受診し事業運営の参考にしている。		